FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1905 — THÈSE — N° 382

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 15 Juin 1905

PAR

P. RENARDET

Ancien Interne de l'Hôpital de Saint-Denis

LA MATERNITÉ DE L'HOPITAL

DE

SAINT-DENIS

Président : M. BUDIN, *professeur*

Juges : JOFFROY, *Professeur.*
BONNAIRE, *Agrégé.*
VAQUEZ, *Agrégé.*

Le candidat répondra aux questions qui lui seront posées sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS
IMPRIMERIE MAURICE POILLEUX
264 — Faubourg Saint-Antoine — 264
1905

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. DEBOVE.
Professeurs	MM.
Anatomie	POIRIER.
Physiologie	Ch. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie générale	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale	HUTINEL. BRISSAUD.
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE.
Anatomie pathologique	CORNIL.
Histologie	MATHIAS-DUVAL
Opérations et appareils	SEGOND.
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET.
Thérapeutique	GILBERT.
Hygiène	CHANTEMESSE.
Medecine légale	BROUARDEL.
Histoire de la Médecine et de la Chirurgie	DEJERINE.
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER.
Clinique médicale	HAYEM. DIEULAFOY. DEBOVE. LANDOUZY.
Maladies des enfants	GRANCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	JOFFROY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER.
Clinique des maladies du système nerveux	RAYMOND.
Clinique chirurgicale	LE DENTU. TERRIER. BERGER. RECLUS.
Clinique ophtalmologique	de LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	GUYON.
Clinique d'Accouchements	BUDIN. PINARD.
Clinique gynécologique	POZZI.
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON.

Agrégés en exercice.

MM.

AUVRAY.	DESGREZ.	LAUNOIS.	POTOCKI.
BALTHAZARD.	DUPRÉ.	LÉGRY.	PROUST.
BRANCA.	DUVAL.	LEGUEU.	RENON.
BEZANÇON.	FAURE.	LEPAGE.	RICHAUD.
BRINDEAU.	GOSSET.	MACAIGNE.	RIEFFEL (chef des trav. anat.)
BROCA (André).	GOUGET.	MAILLARD.	TESSIER.
CARNOT.	GUIART.	MARION.	THIROLOIX.
CLAUDE.	JEANSELME.	MAUCLAIRE.	VAQUEZ.
CUNEO.	LABBE.	MERY.	WALLICH.
DEMELIN.	LANGLOIS.	MORESTIN.	

Par délibération en date du 9 Décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

Meis et Amicis

AVANT-PROPOS

Avant de commencer ce travail, c'est pour nous un agréable devoir d'exprimer notre gratitude aux maîtres qui nous ont guidé dans nos études médicales et nous ont fait profiter de leur savoir.

Nous remercierons d'abord les professeurs de l'école de médecine et nos maîtres, à l'hôpital général de Dijon : M. le Docteur Derole, directeur de l'école, professeur de clinique médicale, MM. les Professeurs Tarnier, Gautrelet, Collette, Broussolle, Cottin, Zipfel; MM. Edouard Morlot et Dubard, médecins de l'hôpital. Nous devons à M. le Docteur Dubard des remerciements tout particuliers pour l'amitié qu'il nous a témoignée et qui nous a valu nos connaissances bactériologiques et des aperçus nombreux autant qu'originaux dans toutes les branches de la médecine. Ces maîtres ont eu la tâche ingrate de nous guider dans nos premières études, ils n'en ont que plus de droits à notre reconnaissance.

De tous nos maîtres de Paris, deux surtout, MM. les Professeurs Kirmisson et Budin ont laissé chez nous l'empreinte ineffaçable de leur enseignement lumineux. M. Budin a bien voulu accepter la présidence de notre thèse, nous le remercions de l'honneur qu'il nous a fait.

Nous avons passé près de trois années d'internat à l'hôpital de Saint-Denis, elles ont été pour nous une source d'enseignements pratiques des plus variés. Le champ d'études qui nous a été offert comprenait toutes les branches de la médecine, aussi croyons-nous que cette formation se fera sentir dans tout le cours de notre carrière médicale.

M. le Docteur Iszenard a été pour nous un maître bienveillant et tout dévoué dont les sages conseils nous ont toujours été très profitables. La rare finesse de son sens clinique nous a bien souvent aidé dans des diagnostics difficiles que nous avions laissés en suspens. Il a bien voulu nous laisser la plus large initiative dans son service de médecine et à la Maternité, nous ne saurions trop l'en remercier ainsi que de nous avoir inspiré le sujet de cette thèse, fruit de deux années de pratique à la Maternité.

Grâce à la bienveillance de M. le Docteur Feltz nous avons pu compléter dans son service nos connaissances médicales et approfondir l'étude des maladies infectieuses, de la diphtérie en particulier. M. le Docteur Villière, avec l'affabilité qui lui est habituelle a parfait notre instruction chirurgicale. Qu'ils reçoivent ici tous deux l'expression de notre gratitude.

INTRODUCTION

Quelques mots nous semblent nécessaires pour expliquer le but poursuivi dans notre thèse et pour en indiquer le plan.

Nous avons simplement voulu montrer les résultats obtenus à la Maternité de l'hôpital de Saint-Denis avec les modestes ressources dont nous disposions. Nous n'avons point cherché à savoir s'ils étaient meilleurs ou plus mauvais que ceux de telle autre maison d'accouchement car nous considérons que quels que soient ces résultats nous rendons des services à la population d'une grande ville : véritable but à atteindre.

Si nous avons pris le titre très général : *La Maternité de l'hôpital de Saint-Denis*, ce n'est pas avec l'intention de montrer ce qu'a été cette maternité depuis sa fondation. Au début beaucoup d'observations n'ont pas été prises ou l'ont été de façon incomplète. Dans ces conditions nous ne serions pas arrivé à faire un travail d'ensemble consciencieux. Nous avons voulu donner une idée de notre maternité en exposant les résultats de deux années consécutives pendant lesquelles nous avons nous-même collaboré à cette

œuvre d'une façon active en même temps que nous étions chargé d'un service de médecine. Nous n'avons donc pas choisi ces années parce que les résultats étaient meilleurs que ceux des années précédentes dont quelques-unes présentaient même une plus belle statistique.

Ce sont les années 1903 et 1904 que nous étudierons dans leurs grandes lignes, nous attachant à faire ressortir les détails les plus intéressants à mesure de la succession des faits.

Nous avons dû passer sous silence quelques points de détail qu'il nous était impossible d'étudier en raison de l'insuffisance du personnel ou du manque d'instruments. On nous pardonnera ces lacunes puisque, nous le répétons, nous n'avons voulu faire qu'un travail d'ensemble.

Dans un premier chapitre nous parlerons de la Maternité depuis sa fondation, de ce qu'elle est aujourd'hui, du personnel, de son fonctionnement. Dans un second chapitre nous exposerons les résultats proprement dits. Un troisième chapitre sera consacré à ce que nous appellerons les compléments de la Maternité : la vaccination, la consultation des femmes enceintes, la consultation des nourrissons. Nous terminerons par les conclusions qui se dégagent de notre travail.

CHAPITRE PREMIER

L'Hôtel-Dieu de Saint-Denis ne devait pas avoir de lits réservés aux femmes en couches, en tous cas il nous a été impossible de trouver aucun document sur ce point. Sans doute, comme dans la plupart des vieux hôpitaux, les femmes accouchaient dans les salles communes.

Lors de la construction du nouvel hôpital de 1880 deux lits furent réservés pour les accouchements, ils ne devaient servir qu'aux cas difficiles. Ce nombre restreint de lits fut suffisant jusqu'en 1895 puisqu'il ne fut pas augmenté. A cette époque il fut doublé et l'on eut ainsi un semblant de Maternité. Mais, bientôt après cet agrandissement, lorsque la population de Saint-Denis sut que l'on ne recevait plus exclusivement les cas dystociques, ses exigences devinrent plus considérables et en 1889 le nombre des lits fut encore doublé. Il y en eut donc 8 auxquels on ajouta deux lits *de travail* ne devant servir qu'à l'accouchement proprement dit. Depuis cette époque ce nombre n'a pas varié.

Mais ce qui a varié sans cesse, ce sont les entrées à la Maternité, elles ont toujours été en augmentant, on en jugera par les chiffres suivants:

1882	45	entrées.
1883	61	—
1884	65	—

de 1885 à 1892, c'est-à-dire pendant 8 années, le chiffre oscille entre 60 et 70.

1893	66	entrées.
1894	79	—
1895	82	—
1896	96	—
1897	98	—
1898	123	—
1899	147	—
1900	175	—
1901	212	—
1902	236	—
1903	251	—
1904	262	—

On voit facilement par cette progression constante que malgré l'augmentation du nombre des lits la Maternité doit être encore trop souvent insuffisante, c'est ce qui arrive en effet. Les femmes qui ne peuvent ou ne veulent accoucher chez elles préférent en général rester à Saint-Denis plutôt que d'aller à Paris. Elles ont l'impression qu'elles ne s'éloignent pas de leur domicile, qu'elles restent auprès des leurs et qu'ils peuvent les voir plus facilement. Aussi pour être certaines d'être admises à la Maternité, elles emploient un déplorable système : elles attendent presque toutes les grandes douleurs ou bien d'avoir perdu les eaux

avant de se présenter à l'hôpital. Nous croyons inutile d'insister sur les graves inconvénients d'une semblable méthode.

Pour bien comprendre ce qui se passe à notre Maternité, il faut être au courant de la situation spéciale de Saint-Denis. Nous sommes dans une grande ville industrielle et sur les 60.000 habitants qui composent la population les deux tiers sont des ouvriers. Les ressources municipales sont restreintes, aussi n'obtenons-nous pas ou très difficilement les améliorations ou les réformes qui nous semblent nécessaires. De plus tout est soumis à la question électorale et, croyant servir les électeurs, l'Administration donne trop souvent des ordres là où elle ne devrait que demander des conseils.

La pauvreté relative de la population a d'autres inconvénients encore. Les sages-femmes se trouvent dans une situation difficile, elles doivent faire un grand nombre d'accouchements pour arriver à de médiocres rémunérations; aussi que d'hésitations pour envoyer les parturientes à l'hôpital : retards funestes dans les cas dystaciques. Enfin les soins corporels sont à peu près inconnus dans le milieu ouvrier où, il faut le reconnaître, tout est à faire pour l'éducation hygiénique. Ce manque de propreté est certainement une des causes de l'infection puerpérale.

Actuellement la Maternité se compose de deux pièces pour les accouchées, une salle de travail et une grande salle, d'une chambre pour une infirmière et des annexes cuisines, water-closets, etc.

La salle de travail, séparée des autres pièces par deux

corridors, est largement éclairée, elle a 4 m. 75 de long sur 4 m. 40 de large et 3 m. 80 de haut ce qui nous donne 79 mètres cubes d'air. Le mobilier est des plus sommaires, comme il convient à une salle de travail, deux lits en fer assez durs, une chaise, une table, un poêle, une armoire contenant les instruments, les médicaments et les ustensiles indispensables.

La salle des accouchées est éclairée au nord et au sud par 3 grandes fenêtres de chaque côté : elle a 8 m. 30 de longueur, 6 m. 80 de largeur et 7 mètres de hauteur *moyenne* (car le plafond est de forme ovoïde), ce qui nous donne au moins 395 mètres cubes d'air soit 70 mètres par lit. Le mobilier est très simple également : huit lits en fer, huit berceaux, deux couveuses, une grande table quelques chaises et un poêle. La ventilation est assurée par une ventouse autour du tuyau du poêle qui est central, la forme de la voûte la favorise d'ailleurs.

Nos salles sont parquetées, mais ces parquets sont lavés plusieurs fois par semaine et ne sont jamais balayés à sec.

La Maternité bénéficie de la disposition générale de l'hôpital qui se compose de pavillons séparés n'ayant qu'un étage et entourés de vastes allées remplies d'arbres et de fleurs.

On peut remarquer que nous n'avons pas parlé de bains ni d'un service d'isolement. C'est que ces annexes indispensables sont au nombre des améliorations que nous ne pouvons obtenir. Pour baigner les femmes en travail nous devons les faire transporter dans le service de bains de l'hôpital qui ne fonctionne qu'à certaines heures de la journée

et jamais ni la nuit, ni les jours fériés. Certainement des bains administrés en temps opportun nous auraient évité plusieurs applications de forceps et supprimé par conséquent bien des risques pour la mère et pour l'enfant. Nous parlerons de l'isolement lorsqu'il sera question du fonctionnement de la Maternité.

Le personnel se compose d'un médecin chef de service, d'un interne, d'une surveillante, d'une fille de jour et d'une fille de nuit. Un infirmier auxiliaire fait les gros ouvrages. Puisque nous parlons du personnel, nous tenons à dire combien il nous a facilité notre tâche par son dévouement; nous n'avons jamais entendu une plainte pour un surcroît de travail occasionné par les besoins du service. Et cependant il est à peine suffisant : trois femmes pour soigner 8 accouchées et leurs enfants ! Ces éloges mérités s'adressent également au service des médecins qui, nous allons le voir, nous aide en recevant des femmes avant et après l'accouchement.

Nous avons dit que les femmes ne venaient très souvent qu'au moment même de l'accouchement, elles ont une excuse. Elles savent que nous ne faisons à la Maternité que des admissions d'urgence. Nous n'avons pas en effet de dortoirs où mettre en observation les femmes qui ont besoin de repos, qui présentent des troubles ou qui ont des raisons d'avoir des accouchements laborieux, nous ne pouvons donc les accepter qu'au moment de l'accouchement même. Nous avons deux moyens d'obvier dans une certaine mesure, à cet inconvénient, nous les employons le plus qu'il nous est possible. Le premier consiste à recevoir dans un

service de médecine les femmes enceintes qu'il serait bon de garder jusqu'à leur accouchement. Mais les services de médecine de l'hôpital sont trop actifs pour nous permettre d'immobiliser longtemps des lits. Le second moyen c'est d'examiner les femmes aussi souvent que leur état l'exige de façon à parer aux dystacies autant qu'il est possible. (Voir chap. III.)

Toute femme qui entre est nettoyée, examinée, a son observation prise sur un cahier. Après l'accouchement elle est transportée dans la grande salle des accouchées. Lorsque les suites de couches sont normales et que l'enfant aussi se porte bien, ils restent 9 jours révolus. Mais beaucoup de femmes quittent le service avant ce moment, nous avons soin dans ce cas de leur faire signer une déclaration constatant que leur sortie a lieu malgré nos avis. D'autres y restent davantage lorsqu'elles sont malades ou que la santé de l'enfant l'exige.

Les températures sont prises matin et soir il est presque superflu de le dire.

Toute Maternité digne de ce nom doit évidemment posséder un service d'isolement. Il n'y a pas d'accoucheur qui ait la prétention de n'avoir jamais de femmes infectées, nous l'avons certes moins que personne étant donné les conditions dans lesquelles nous nous trouvons et que nous avons étudiées plus haut (absence de dortoirs et de bains, arrivée tardive des femmes qui ont souvent été examinées trop fréquemment dans leur domicile, et quel domicile ! absence de soins corporels, dystacies fréquentes). De louables tentatives ont été faites avant nous pour fonder un

service d'isolement, elles n'ont jamais pu aboutir. Ce service coûterait presque aussi cher que la Maternité actuelle. L'Administration l'a toujours refusé alléguant qu'il fonctionnerait de façon intermittente et que la création d'un service et d'emplois temporaires serait impossible en l'état actuel du budget de l'hôpital.

Comme on ne peut cependant pas laisser la contagion gagner toutes les accouchées, il a fallu trouver un remède. Depuis longtemps il consiste à passer les femmes infectées dans un service de médecine où le traitement nécessité par leur état est appliqué. Ce système, nous le savons, n'est qu'un palliatif, mais les résultats, on le verra dans le chapitre II, ont été jusqu'ici assez encourageants. Le plus grave inconvénient c'est d'être dans l'obligation de n'isoler que les femmes atteintes d'infection nettement confirmée alors qu'il serait plus facile et bien préférable de mettre en observation toute femme ayant une élevation thermique quelle qu'en soit la cause. Les élevations de température sont dues surtout à des infections génitales, à des affections du sein, à la constipation, à la grippe, aux angines, etc. Beaucoup de ces affections pouvant être contagieuses, les malades qui en sont atteintes devraient être séparées des autres, puis isolées complètement si cela devenait nécessaire. Nous ne pouvons isoler que la plus grave de ces affections : l'infection puerpérale.

Lorsqu'une femme présente une élévation de température nous déterminons avec soin la cause de cette fièvre. Si elle est nettement d'origine extra-génitale, nous ne songeons pas à isoler la malade et nous la traitons à la Mater-

nité. Dans les cas douteux au début, nous commençons par faire des injections intra-utérines par précaution et, pour ainsi dire d'une manière préventive. Enfin dans les cas qui se confirment ou qui le sont dès le début, nous passons la malade dans le service de médecine qui nous sert d'isolement.

Il n'est pas possible de nier les inconvénients de cette méthode, plus que personne nous les connaissons ayant eu trop fréquemment à les subir. Les résultats n'en sont point mauvais mais aussi que de précautions minutieuses pour éviter l'extension de l'infection !

CHAPITRE II

STATISTIQUE

§ I. Accouchements en Général

1° Généralités

Pendant le cours des années 1903 et 1904, *513* femmes sont entrées à la Maternité.

Sur ce nombre 11 n'ont eu que des menaces d'accouchement et sont sorties sans accoucher. Il y a donc eu *502* femmes accouchées dans le service.

Quatre femmes avaient des grossesses gémellaires ce qui fait *506* accouchements.

Huit femmes sont mortes, 4 seulement à la Maternité, les 4 autres dans un service de médecine.

428 enfants vivants ont quitté le service.

63 enfants nés avant le 180e jour sont morts avant, pendant, ou après l'accouchement.

2° Accouchements avant terme

Nous trouvons un total de 84 accouchements avant terme soit 16,7 pour 100. Nous n'avons compté comme accouchements prématurés que ceux qui le semblaient nettement. Dans beaucoup de cas des enfants pesant moins de 3.000 grammes ont été considérés comme étant à terme sur l'affirmation précise de la date des dernières règles de la mère.

Sur ce nombre de 84 accouchements avant terme, nous n'avons eu que 15 *avortements* ce qui nous donne 3 pour 100 sur la totalité des femmes. Mais ce nombre n'a qu'une signification très relative parce que beaucoup de femmes envoyées à l'hôpital avec des diagnostics divers, surtout comme métrorrhagies, terminent leurs fausses couches dans les services de médecine ou de chirurgie.

Dans le plus grand nombre des cas l'avortement s'est passé de la façon la plus simple sans aucune intervention. Nous avons dû pratiquer une fois le curettage digital pour rétention d'une partie du placenta accompagnée d'hémorragie. Une fois nous avons placé un ballon dilatateur pour faire en quelque sorte un tamponnement et hâter l'accouchement, il s'agissait d'un placenta vicieusement inséré qui était cause d'hémorragies mettant la vie de la malade en danger.

Les suites de couches ont toutes été normales.

Les *accouchements prématurés* ont été au nombre de 69 soit 13, 5 pour 100.

3° Grossesses gémellaires

Nous avons eu 4 grossesses doubles par conséquent 1 pour 125.

Les présentations dans ces quatre grossesses gémellaires n'ont appartenu qu'aux deux variétés : les fœtus l'un à côté de l'autre, les fœtus l'un au-devant de l'autre. Dans trois cas il y avait un sommet et un siège, dans le quatrième deux sommets. La grossesse a été interrompue deux fois avant terme.

Les accouchements ont nécessité une seule fois notre intervention : une application de forceps.

Dans deux cas les accouchements ont eu lieu par le siège bien qu'un des fœtus seulement se présentât par cette extrémité. Celui qui se présentait par l'extrémité céphalique fit dans les deux cas une version spontanée, basculant à mesure que l'autre se dégageait, nous avons donc eu quatre accouchements par le siège. Dans un troisième cas la version se fit de la manière opposée et le siège devint un sommet.

Les délivrances et les suites de couches ont été normales.

Les quatre grossesses étaient univitellines, les enfants de chacune étaient de même sexe.

Les enfants sont tous nés vivants; 4 ont été placés en couveuse, 2 y sont morts. Les 6 autres sont sortis bien portants du service.

4° Présentations

Si des 502 femmes accouchées à la Maternité nous retranchons les 15 avortements et si nous ajoutons 4 pour les grossesses gémellaires nous avons 502 + 4 — 15 = 491 ce nombre exprime les PRÉSENTATIONS; elles se décomposent en :

A. — Sommets 467 ..... soit 95 pour 100
B. — Sièges 19 ..... — 3,9 pour 100
C. — Epaules ..... — 1 pour 100

A. — Sommets.

Sur les 467 sommets nous avons observé 281 positions gauches soit 60 pour 100 et 186 positions droites soit 40 pour 100.

O. I. G. A.	240,	soit 51	pour 100
O. I. D. P.	183	— 39	—
O. I. G. P.	41	— 8	—
O. I. D. A.	3	— 0,6	—

Nous avons donc un nombre de positions postérieures sensiblement plus considérable que celui indiqué par la plupart des auteurs. La longue durée du travail dans ces cas explique un grand nombre des applications de forceps.

Dans les présentations de l'extrémité céphalique nous avons noté 4 accouchements ayant eu lieu par la *face;* dans les quatre cas le dégagement eut lieu en *mento-sacrée.*

B. — Sièges.

Si des 19 sièges nous retranchons deux pour les cas où un sommet s'est transformé en siège il nous en reste encore 3,4 pour 100. Nous sommes loin de 1,5 pour 100 indiqué par les accoucheurs.

Les sacro-iliaques gauches ont été les plus fréquentes. Les sièges complets au nombre de 12. Les 5 décomplétés se composaient de 4 modes des fesses et 1 mode des pieds dans un cas où l'enfant était très petit.

Nous avons eu 6 enfants morts dans les accouchements par le siège. 1 était macéré ce qui nous fait une mortalité de 26 pour 100. Mais plusieurs étaient morts avant l'arrivée de la mère à l'hôpital.

C.— Epaules.

Sur les 5 présentations de l'épaule nous n'avons pas eu un enfant vivant. Trois enfants étaient morts avant l'arrivée de la mère à l'hôpital. Chez une quatrième, une sage-femme, en ville, avait rompu la poche des eaux afin de faire le diagnostic de la présentation ! Enfin la dernière femme ne s'était présentée à la Maternité que longtemps après la perte des eaux.

En l'absence de liquide amniotique chez toutes les femmes, les versions ont été assez laborieuses.

Une d'elles qui était en travail depuis fort longtemps et avait probablement subi plusieurs tentatives de version nous arriva avec une rupture du segment inférieur de l'utérus. Elle fut accouchée et délivrée mais mourut d'hémorragie : elle s'était refusée à toute espèce d'intervention.

D.— Anomalies.

Deux fois nous avons observé des procidences d'un membre supérieur dans une présentation du sommet, un de ces cas avait été pris en ville pour une épaule. Une fois nous avons eu une procidence du cordon avec un sommet, nous avons pu réduire la procidence. Les accouchements ont été plus longs dans les deux premiers cas mais n'ont rien présenté d'anormal.

5° Insertions Vicieuses du Placenta

Les quatre cas d'insertion vicieuse du placenta que nous avons observés se décomposent en :

Insertion latérale très basse	1 fois
Insertion centrale incomplète	2 —
Insertion centrale presque complète..	1 —

Le traitement employé a été :

Ballon dilatateur seul	3 fois
Ballon dilatateur et forceps	2 —
Ballon dilatateur et version	1 —
Version seule	1 —

Deux fois des hémorragies très abondantes après l'accouchement nous ont obligé à faire la délivrance artificielle. Deux enfants sont morts.

6° Mortalité Infantile

428 enfants sont sortis vivants; sur 491 accouchements il reste 63 morts soit 12,8 pour 100 de mortalité *totale*.

Mort-nés macérés	20	soit 4 pour 100
Morts pendant le travail....	21	— 4,4 —
Morts en couveuse	18	— 3,6 —
Morts de causes diverses.	4	— 0,8 —

De la mortalité infantile totale nous devons retrancher les fœtus mort-nés et macérés pour avoir la mortalité dans le service, elle est de 9 pour 100. Dans la mortalité due au travail nous avons compté les décès de tous les accouchements à partir du septième mois, donc tous les prématurés sans distinction.

Dans le service 22 enfants sont morts soit 4,8 pour 100. Mais dans ce nombre nous avons compté *tous* les prématurés. Il y avait 7 enfants débiles qui pesaient moins de 1.500 grammes et qui n'ont pas vécu 24 heures; deux autres prématurés nés en état de mort apparente puis ranimés sont morts au bout de quelques heures sans que l'air ait pénétré dans les alvéoles pulmonaires, fait démontré par l'autopsie. Nous ne pouvions rien faire pour sauver ces enfants trop chétifs, nous les retrancherons donc et la mortalité dans le service tombera à 2,8 pour 100.

Voici le détail des causes des décès :

Enfants en couveuse (prématurés)	10
Enfant en couveuse non prématuré (sclérème) ...	1
Ictère	1
Convulsions	1
Atelectasie pulmonaire	2
Prématurés avant 24 heures	7
Total	22

§ II. Faits concernant les femmes.

1° Eclampsie

La Maternité a reçu 7 femmes ayant présenté des crises d'éclampsie. Sur ce nombre trois sont mortes dont une avant d'avoir accouché. L'une d'elles nous avait donné l'espoir de la guérison, elle allait bien, n'avait plus d'albumine dans ses urines lorsqu'elle succomba très brusquement le septième jour de complications pulmonaires. Une avait un bassin retréci et avait en outre la mauvaise chance d'être à terme avec un enfant très volumineux, ce qui prolongea outre mesure l'accouchement et le rendit fatal.

Toutes ces éclamptiques avaient de l'albumine en grande quantité dans leurs urines.

Nous ne parlerons pas du traitement général de l'éclampsie mais de ce que nous avons fait dans quelques cas particuliers.

Dans un cas nous avons appliqué un ballon dilatateur pour hâter le travail. Dans un autre nous avons fait une application de forceps dans l'excavation. Chez la femme qui avait un rétrécissement du bassin l'enfant fut extrait à la suite d'une version podalique par manœuvres internes.

Une éclamptique ayant succombé avant d'accoucher nous avons fait l'opération césarienne *post mortem*, mais l'enfant était mort déjà depuis plusieurs heures.

Nous n'avons eu que trois enfants vivants, mais un seul a survécu les deux autres étant morts le quatrième et le cinquième jour après leur naissance. Les quatre autres étaient mort-nés.

2° Bassins rétrécis

Vingt femmes présentaient des rétrécissements du bassin; tous d'origine rachitique. Nous les classons ainsi qu'il suit :

A. — Epines sciatiques très saillantes 1

B. — Promontoire simplement accessible 6

C. — Bassins légérement rétrécis (11 cm. 1/2 à 9 1/2). 4

D. — — moyennement — (9 1/2 à 8 1/2) 5

E. — — considérablement — (moins de 8 1/2) 4

Nous avons résumé la conduite tenue dans le tableau suivant. Les lettres qui se trouvent au-dessus de chaque colonne indiquent le degré de rétrécissement dans l'ordre de la classification précédente.

	A	B	C	D	E	TOTAUX
Expectoration simple.....		3		1	1	5
Forceps dans l'excavation	1	2	2			5
Forceps au détroit supérieur.....			1	3	1	5
Version par manœuvres internes		1		1	1	3
Accouchements provoqués avant terme... .					2	2
Sièges normaux (expectation).....			1		1	2

Quatre fois l'accouchement avant terme a eu lieu spontanément : Une fois nous avons dû pratiquer la crâniotomie pour une hydrocéphalie considérable.

Sur ces bassins rétrécis nous avons eu 10 enfants morts :

Morts en couveuse	2
Ranimé puis mort 22 heures après	1
Morts pendant le travail	6
Hydrocéphalie	1

Dans ce cas d'hydrocéphalie, la tête énorme restait au-dessus du détroit supérieur sans pouvoir s'y engager. Nous nous servîmes du perforateur du basiotribe de Tarnier pour faire la crâniotomie. Après la perforation du crâne au niveau du pariétal gauche il s'écoula plus d'un litre et demi de liquide céphalo-rachidien. Nous fîmes une version. Mais la tête insuffisamment vidée ne s'engageait pas malgré d'énergiques tractions. Avec le perforateur nous fîmes une seconde crâniotomie de l'occipital cette fois. Il s'écoula un litre de liquide, la tête s'engagea et se dégagea avec la plus grande facilité. Il nous semble superflu d'ajouter que l'enfant était mort depuis un certain temps lorsque nous nous sommes décidés à l'intervention qui vient d'être décrite.

3° Mortalité

Sur les 502 femmes qui sont passées à la Maternité 8 sont mortes.

3 d'éclampsie;

3 de tuberculose pulmonaire;

1 de rupture utérine;

1 de perforation intestinale au cours d'une dothiénentérie.

Les trois femmes atteintes de tuberculose pulmonaire sont mortes dans un service de médecine dans un délai ayant varié de 15 jours à 2 mois après l'accouchement.

Nous avons déjà parlé de la rupture utérine qui était faite avant l'arrivée de la parturiente à l'hôpital et qui ne pouvait avoir qu'une issue fatale la femme s'étant opposée à une intervention.

Une de nos accouchées nous arriva malade depuis 15 jours environ, elle avait 39° 6 à son entrée. Elle accoucha à 8 mois d'un enfant débile qui fut placé en couveuse. La température ne baissa pas après l'accouchement, bien au contraire. La malade qui avait tous les symptômes de la fièvre typhoïde fut transportée dans notre service de médecine. Le lendemain la température tomba brusquement et la malade mourut comme dans les perforations intestinales. L'autopsie vérifia le diagnostic : l'intestin grêle contenait de nombreuses plaques de Peyer ulcérées, l'une d'elles était le siège d'une petite perforation.

Dans notre pourcentage nous ne comptons pas comme imputables à la Maternité les décès par tuberculose pulmonaire. Soit 5 décès (comprenant la rupture utérine faite en ville) ou 1 pour 100.

4° Morbidité

On a certainement remarqué que nous ne mentionnons pas de décès par infection puerpérale. C'est qu'en effet

pendant les années 1903 et 1904 nous n'en avons pas eu un seul occasionné par cette affection. Cependant nous avons eu des femmes atteintes d'infection. Cette absence de décès par septicémie puerpérale prouve mieux que tous les raisonnements l'efficacité de notre système d'isolement bien qu'il soit défectueux dans son organisation.

Nous ne comptons pas dans la morbidité les cas où le thermomètre n'est pas monté au-dessus de 38° et où cette élévation thermique ne s'est pas maintenue plus de 24 heures. Ces cas ne reconnaissaient pas de causes précises et n'ont pas retardé le départ des femmes, d'ailleurs fort bien portantes.

81 femmes ont eu de la fièvre, la morbidité a donc été de 16 pour 100.

Causes diverses	6 fois
Constipation	14 —
Affections du sein	25 —
Infection génitale	36 —

Il nous semble inutile d'insister sur les maladies diverses, (rhumatisme, grippe, angines, etc.) qui ont toutes été bénignes et ont cédé à une médication appropriée. Nous insisterons seulement sur la constipation, les affections du sein et l'infection puerpérale.

A.— Constipation.

On sait combien est grand le nombre de femmes enceintes qui ne vont pas bien à la selle. Il nous a semblé que ce nombre n'était pas moindre chez les accouchées. 2,7 pour 100 de nos femmes ont présenté une élévation variable de température à la suite de constipation ayant été plusieurs

fois jusqu'à la *stercorhémie*. Chez toutes l'administration appropriée d'un purgatif a fait tomber rapidement et définitivement la fièvre. L'observation qui suit est instructive à plus d'un égard.

Charlotte B... 24 ans accouche normalement le 28 octobre 1904. Le 29 et le 30 au matin rien d'anormal, mais le 30 au soir la température s'élève à 39°, 8. Le 31 octobre 39°,5 le matin et 40°,1 le soir. Devant cet état de choses nous ne pouvions rester inactif bien que nous n'ayons pu assigner aucune cause précise à cette élévation thermique. La malade affirmait aller régulièrement à la selle. Le 31 au soir nous pratiquons un écouvillonnage, plutôt par acquit de conscience que par conviction. Le 1er novembre la température baisse à 38° le matin pour remonter à 39 le soir. le 2 novembre 39°, 4 le matin. Le soir la femme effrayée d'avoir été changée de service lors de l'écouvillonnage et surtout de la persistance de la fièvre avoua nous avoir trompé et être constipée depuis son accouchement. Un purgatif lui fut administré suivi d'une formidable débâcle intestinale. Malgré la cessation immédiate des lavages utérins la température baissa brusquement et définitivement. Nous apprîmes alors de la malade que la chute de température qui avait coïncidé avec l'écouvillonnage était due à une évacuation partielle du tube digestif.

B.— Affections du Sein.

Nous ne comptons au nombre des affections du sein que les lymphangites, les galactophorites et les galactophoromastites.

5 pour 100 de nos femmes ont eu des élévations de température dues à ces diverses causes. Dans presque tous les cas la fièvre a été de très courte durée (trois jours au maximum). Le traitement habituel a été employé avec succès; compresses humides, légère compression dans la lymphangite; expression dans les galactophorites.

Aucune de nos femmes n'a eu d'abcès du sein.

C.— Infection Puerpérale.

Sur nos 502 accouchées 36, soit 7 pour 100 ont présenté des symptômes d'infection. Dans cette quantité 19 ont été très légèrement infectées, quelques injections intra-utérines ont suffi à faire disparaître la fièvre, 4 seulement avaient été isolées.

Chez 17 autres femmes soit 3,3 pour 100, il nous a semblé nécessaire de pratiquer un nettoyage de la cavité utérine après qu'elles eurent été isolées. Voici la manière de procéder que nous avons adoptée dans presque tous les cas.

La femme n'est généralement pas anesthésiée (l'opération fort peu douloureuse ne dure *jamais* dix minutes, les préparatifs étant compris) cependant nous donnons quelquefois du chloroforme et nous sommes toujours en mesure de le faire. On place la malade sur une table à spéculum, les pieds dans les étriers et maintenus par des aides, elle est nettoyée *intus et extra*. Le col est saisi dans une pince de Museux et abaissé. Nous pratiquons alors l'écouvillonnage de la cavité utérine avec les écouvillons de Doléris. Le dernier est imbibé d'un mélange à parties égales de créosote et de glycérine. Une injection au permanganate à 2 pour 1.000 entraîne l'excès de glycérine

afin d'éviter les eschares. Une mèche de gaze stérilisée ou iodoformée est placée dans le col et le vagin et retirée une heure ou deux après l'intervention. Les jours suivants des lavages intra-utérins sont faits, selon la température, une ou plusieurs fois par jour. Nous préférons de beaucoup l'écouvillon à la curette surtout dans les utérus volumineux des femmes ayant accouché à terme, il nous a toujours donné d'excellents résultats. Presque toujours la température fait une chute brusque après l'écouvillonnage, chute qui est définitive dans le plus grand nombre des cas.

Trois de nos femmes ont été atteintes de *phlébite*. Une seule a été très grave les deux membres inférieurs étant pris complètement et la paroi abdominale elle-même étant envahie par l'œdème. Elle a cependant fort bien guéri.

§ III. Interventions

1° Forceps

Dans le tableau suivant on voit les causes et le lieu des 40 applications de forceps que nous avons pratiquées. Les totaux sont faits dans les deux sens.

	A la vulve	Dans l'excavation	Au détroit supér	Totaux
Circulaires du cordon	2	1		3
Résistance du périnée	4			4
Inertie utérine	5	3		8
Rétrécissements du bassin		3	6	9
Défaut de rotation de la tête		10		10
Causes diverses	1	4	1	6
Totaux	12	21	7	40

On remarquera que le plus grand nombre d'applications de forceps est dû au défaut de rotation de la tête qui est en

rapport avec le fait déjà mentionné plus haut : la proportion très grande des positions postérieures. Un certain nombre des inerties utérines est dû à ces mêmes positions par le surcroît de travail qu'elles imposent au muscle utérin.

Nous ne voulons point faire l'histoire de chaque application, nous sortirions du cadre que nous nous sommes tracé. Il nous semble cependant nécessaire de parler de quelques-unes.

Les circulaires du cordon, dans tous les cas étaient au nombre de trois et assez serrés pour que les enfants soient nés avec un peu de cyanose, ils ont tous été ranimés, aucun n'est mort dans la suite.

7 applications de forceps ont été faites au détroit supérieur, dont 6 dans des bassins rétrécis. Nous avons eu 3 enfants vivants qui ont quitté le service; le quatrième a été ranimé puis est mort au bout de quelques heures; deux étaient morts. Dans le septième cas il s'agissait d'un accouchement prématuré au commencement du neuvième mois. Le placenta vicieusement inséré était la cause d'hémorrhagies très abondantes qui nous obligèrent à recourir à l'accouchement rapide. Un ballon dilatateur fut appliqué; comme la tête fixée ne s'engageait pas assez vite et que l'hémorrhagie persistait une application de forceps au détroit supérieur nous donna un enfant vivant et bien portant. La mère eut des suites de couches normales.

La mortalité infantile est certainement plus considérable que dans la *symphyséotomie* mais les femmes se trouvent mieux du forceps, elles l'acceptent toujours tandis qu'elles

refuseraient parfois l'opération. A ce propos nous voulons raconter l'histoire d'une de nos habituées.

La femme G... a un rétrécissement rachitique considérable au bassin. Elle alla terminer sa première grossesse dans un service d'accouchement de Paris où on lui fit une symphyséotomie. La seconde fois elle vint à la Maternité de Saint-Denis, un de nos prédécesseurs se mit en mesure de pratiquer de nouveau l'opération. Sous l'influence du chloroforme les contractions utérines et les efforts de la femme furent plus efficaces, la symphyse se disjoignit sans opération et l'accouchement se termina *spontanément* pendant l'anesthésie à la grande stupéfaction de l'assistance. La symphyse se ressouda d'une façon complète et à son troisième accouchement nous lui fîmes nous-même une application de forceps au détroit supérieur, la symphyse tint bon cette fois. Enfin le quatrième accouchement de cette femme eut lieu spontanément devant nous et sans écartement de la symphyse. Cette observation succincte prouve qu'il ne faut pas se hâter trop d'intervenir.

2° Versions

11 versions ont été pratiquées, 9 par *manœuvres internes*, 2 par *manœuvres externes*.

Pour présentation de l'épaule ..... 5 fois
Pour rétrécissement du bassin ..... 2 —
Pour insertion vicieuse du placenta... 2 —

Les deux versions par manœuvres externes ont été faites pour des présentations de l'épaule.

Nous n'insisterons pas sur les versions pratiquées pour ces présentations, il en a déjà été question plus haut.

Dans les deux cas de rétrécissements du bassin la version a été faite pour gagner du temps et sauver ainsi la vie aux enfants. Ils ont été extraits vivants un seul a survécu.

3° Ballon Dilatateur

Le ballon dilatateur dont nous nous servons de préférence est celui de Boissard qui nous a rendu de grands services les 12 fois où nous avons eu occasion de l'employer. Nous nous en sommes servi :

3 fois pour insertion vicieuse du placenta avec hémorragies très abondantes.

3 fois pour arrêt du travail faisant craindre pour la vie de l'enfant.

2 fois pour hâter l'accouchement chez des éclamptiques.

3 fois dans des cas de bassins rétrécis où le travail se prolongeait outre mesure.

1 fois pour une hémorragie.

4° Délivrances Artificielles

Des hémorragies considérables nous ont mis 6 fois dans l'obligation de faire la délivrance artificielle. Dans deux cas il s'agissait de placentas vicieusement insérés. Ces interventions n'ont pas été très difficiles sauf dans un cas où le placenta était partiellement enchatonné.

5° Accouchements provoqués

En dehors des cas où nous avons précipité un accouchement nous avons eu l'occasion de provoquer trois fois des accouchements avant terme. Dans deux cas il s'agissait de bassins très rétrécis (moins de 8 centimètres 1/2). Dans le troisième cas nous avions affaire à une femme dont le placenta vicieusement inséré était cause d'hémorrhagies répétées. Nous avions essayé sans succès de la rupture large et en arrière des membranes, nous plaçâmes alors un ballon de Boissard. Après son expulsion une version à travers le placenta presque central nous donna un enfant mort déjà depuis quelque temps à cause des troubles de la circulation placentaire.

Les deux femmes qui avaient des bassins rétrécis étaient des secondipares; elles avaient eu la chance de terminer leur première grossesse par un accouchement prématuré à 7 mois. Nous les fîmes accoucher vers 8 mois. Des sondes en gomme d'assez gros calibre ont été introduites dans la cavité cervicale, poussées le plus haut possible sans rompre les membranes et laissées jusqu'à expulsion, d'autres les ont alors remplacées. Ces deux applications de sondes nous ont suffi pour provoquer le travail dans les deux cas. Les suites de couches ont été normales. Un seul enfant a vécu, l'autre trop chétif est mort au bout de 10 heures.

6° Déchirures du Périnée

Les déchirures du périnée sont des accidents mais elles tiennent des interventions par leur traitement. 16 fois nous avons eu des déchirures variant de la simple éraillure jusqu'à la déchirure complète. Nous les classons d'après le nombre de points de suture qui ont été faits.

1 point de suture	2 fois
2 à 4 points	10 —
5 à 7 points	1 —
7 à 10 points	1 —
Complètes	2 —

Il y en a donc fort peu de considérables, 4 seulement. Les sutures ont bien tenu dans tous les cas à part trois ou quatre qui ont lâché *partiellement*. Une des déchirures complètes intéressant non seulement le sphincter mais encore une certaine hauteur de la cloison recto-vaginale a parfaitement tenu sans presque laisser de trace et sans aucun inconvénient pour la femme. L'autre n'a pas bien repris il y a eu une fistule recto-vaginale.

Trois fois, pour éviter des déchirures considérables nous avons fait des *incisions latérales* à la vulve trop étroite. Les résultats ont été excellents, nous avons limité l'incision à notre gré et n'avons jamais eu de déchirure médiane.

§ IV

Mortalité et morbidité dans les interventions

1° Maternelle

La *mortalité* maternelle due aux interventions est *nulle*.

La morbidité se répartit ainsi :

40 applications de forceps.....	avec	7	cas d'infections
9 versions.....	»	2	—
6 délivrances artificielles.....	»	2	—
12 applications de ballon dilatateur..	»	2	—
3 accouchements provoqués	»	0	—
70 interventions	»	13	—

soit 18 pour 100 sur l'ensemble des interventions.

Sur 40 forceps 7 cas d'infection soit 17,5 pour 100. Quatre cas ont exigé un écouvillonnage, trois cas des injections intra-utérines simples.

Les deux cas d'infection dans les versions ont été très bénins.

Une seule des femmes infectées dans les délivrances artificielles a dû subir un nettoyage utérin.

Deux cas bénins pour les applications de ballon de Boissard.

En résumé 5 écouvillonnages seulement sur 13 cas.

2° Fœtale

Si nous prenons l'ensemble des résultats sans tenir compte des cas où les enfants débiles devaient difficilement survivre et où les fœtus étaient morts avant l'arrivée de la mère à la Maternité nous avons :

Pour 40 applications de forceps 7 morts, soit 17,5 pour 100. 5 pendant le travail 12,5 pour 100 et 2 dans la nuit.

Pour les 11 versions 7 morts et 4 vivants.

Pour les 12 applications de ballon 7 enfants morts 3 avant l'application du ballon, 3 pendant le travail, 1 d'hydrocéphalie.

§ V. Enfants débiles

Nous avons vu qu'il y avait eu à la Maternité 69 accouchements prématurés. Si de ce nombre nous retranchons les 19 mort-nés macérés nous avons 50 enfants nés vivants prématurément. Il est intéressant d'examiner ce qu'ils sont devenus.

13 ont pu être élevés normalement *à l'air libre*. Un seul est mort, tous les autres sont sortis vivants.

Le reste, soit 37, a dû être placé en couveuse ce qui nous fait une proportion de 7, 5 pour 100 de *débiles*.

Les poids de ces débiles et ce qu'ils sont devenus se trouvent indiqués dans le tableau suivant :

	MORTS	VIVANTS
Audessous de 1000 grammes	2	1
De 1000 à 1500 grammes	1	2
De 1500 à 2000 grammes	6	8
De 2000 à 2500 grammes	9	8
Totaux	18	19

Nous avons donc moins de moitié de décès, 51 pour 100 de guérison des débiles. Nous ferons remarquer que *tous*

les débiles ont été compris dans ces chiffres quels qu'aient été leurs poids et le temps qu'ils ont vécu, ne fût-ce qu'une heure. Cependant pour que ces chiffres aient une réelle signification, il faudrait retrancher 2 prématurés chez lesquels l'air n'a pas pénétré dans les alvéoles pulmonaires (l'autopsie l'a démontré) et trois autres qui pesaient moins de 1.500 grammes et étaient particulièrement faibles. Tous les 5 sont morts du reste moins de 12 heures après leur naissance. Nous avons ainsi sauvé 60 pour 100 des débiles ayant vécu plus de 12 heures.

La mortalité totale sur les enfants nés avant terme est de 18 + 1 = 19 pour 50, c'est-à-dire 38 pour 100.

Dans le tableau précédent, on a pu voir que nous avons élevé des enfants dans toutes les catégories de poids. Notre plus remarquable élève mérite d'être cité. Il ne pesait que 980 grammes à sa naissance. Nous désespérions de l'élever, mais il était assez vigoureux et au bout d'une huitaine de jours il commençait à augmenter et arrivait à 1.080 gr. A ce moment la mère partit malgré nos remontrances, sans doute le but qu'elle poursuivait n'était pas le même que le nôtre; son enfant a dû mourir chez elle tandis que nous l'aurions certainement élevé.

La grosse difficulté a toujours été l'allaitement des débiles. Lorsqu'ils ne tétaient pas la mère voyait son lait diminuer rapidement, souvent disparaître et nous devions tenter alors les hasards (j'allais dire les certitudes trop connues hélas !) de l'allaitement mixte ou artificiel.

§ VI. Malformations

Dans le cours de ces deux années nous avons observé un enfant atteint d'imperforation rectale. L'anus était normalement constitué, l'ampoule rectale était située très haut. Il a été opéré et a quitté le service en bon état.

Un enfant atteint d'imperforation anale nous a été amené de la ville pour être opéré et gardé quelques jours. Il est également sorti bien portant.

Un de nos enfants était atteint de *spina bifida*. La poche très volumineuse paraissait devoir se sphacéler. Il était né par le siège et la poche avait été intéressée par la bosse séro-sanguine et contusionnée pendant l'accouchement. Il fut donc opéré, la guérison opératoire fut rapide. Mais au bout de quinze jours il fit de l'hydrocéphalie et quitta la Maternité à ce moment.

Un enfant était atteint de syndactylie de tous les doigts de la main gauche sans autres malformations.

Chez trois enfants nous avons vu des céphalématomes, l'un d'eux en avait un sur chaque pariétal. Les accouchements n'avaient rien présenté d'anormal.

Une seule de nos femmes n'a pas eu de lait, ne fut-ce qu'une seule goutte. Elle avait cependant des seins qui paraissaient normalement constitués. Ce fait prouve que l'agalactie absolue existe, bien que fort rare et malgré ce qu'ont prétendu certains auteurs.

CHAPITRE III

COMPLÉMENTS DE LA MATERNITÉ

§ I. Vaccination

Tous les enfants qui naissent à la Maternité sont vaccinés. Lorsqu'ils sont bien portants l'opération est faite dans les 9 jours qui suivent la naissance, lorsqu'ils sont malades ou débiles nous attendons qu'ils soient en état de la supporter. Nous nous servons de pulpe glycérinée; la vaccination directe par la génisse serait bien meilleure, nous n'avons en effet qu'un bouton qui prenne sur une moyenne de 10 piqûres. Aussi nous devons souvent vacciner deux et trois fois un même enfant pour obtenir un résultat positif. Il n'est délivré de certificat que si la vaccination a été faite avec succès. Seuls les enfants nés à la Maternité sont vaccinés dans le service.

§ II.

Consultations des femmes enceintes

Quelques femmes enceintes venaient se faire examiner à la Maternité; mais le fait était rare et se produisait très irrégulièrement. Nous avons tenu à faire prendre aux femmes qui voulaient venir accoucher à l'hôpital l'habitude de se faire examiner au cours de leur grossesse. Pour arriver à ce résultat, avec l'assentiment du chef de service, nous avons organisé une fois par semaine une consultation des femmes enceintes, elle nous semblait indispensable à une Maternité recevant plus de 250 femmes par an.

Toutes les femmes qui se présentent sont examinées, leurs urines analysées, leur observation est prise s'il y a lieu.

Les résultats ne se sont point fait attendre et nous avons pu éviter des accidents à plusieurs femmes. Non seulement nous les prévenons des présentations vicieuses, des rétrécissements du bassin, des accidents qu'elles peuvent avoir, mais nous surveillons le traitement qui est institué.

Nous avons pu ainsi mettre au régime lacté un certain nombre de femmes ayant de l'albumine dont quelques-unes, peut-être, auraient eu des crises d'éclampsie. Nous avons traité une femme syphilitique qui n'avait pu avoir un enfant vivant, elle mena sa grossesse jusqu'au bout et eut un enfant bien portant, Une fois nous avons fait une version par manœuvres externes dans un cas de position transverse du fœtus, l'enfant naquit vivant par le sommet.

Nous avons tenu à citer ces faits pour montrer quelques résultats précis obtenus depuis le peu de temps que fonctionne notre consultation de femmes enceintes. Ces résultats doivent encourager pour l'avenir et justifient le surcroît de travail que l'on se donne.

---

§ III

Consultations des nourrissons

Depuis fort longtemps les femmes accouchées à la Maternité y ramenaient leurs enfants lorsque la vaccination avait été pratiquée sans succès. Quelquefois, mais bien rarement elles les ramenaient pour demander conseil. Nous avons tenu à rendre habituel ce qui n'était qu'exceptionnel. Une fois par semaine nous nous tenons à la disposition des femmes pour examiner leurs enfants, c'est une véritable consultation de nourrissons. Nous ne recevons que les enfants nés à la Maternité et au-dessous de deux ans; ces conditions restrictives ont été mises pour ne pas nuire aux médecins de la ville.

Les enfants qui viennent à notre consultation sont pesés et examinés. Leur poids les observations qui nous paraissent nécessaires sont inscrits sur une carte que nous remettons à la mère et qu'elle nous rapporte chaque fois qu'elle revient. Nous pouvons suivre ainsi régulièrement les progrès de nos nourrissons.

Un trop grand nombre de femmes malheureusement ne nous ramènent pas leurs enfants, peu d'avantages il est vrai les attirent à notre consultation. Nous ne pouvons distribuer ni lait, ni layettes, ni primes aux femmes qui allaitent et soignent bien leurs enfants, les finances municipales ne nous permettent pas ces largesses. Seul le désir d'avoir un bon conseil, de savoir si leur enfant profite bien, ou, il faut l'avouer, de ne pas payer une consultation pousse les femmes à venir nous demander conseil.

Dans le cours de cette vue d'ensemble nous ne voulons point donner de chiffres précis concernant la consultation de nourrissons. Mais nous pouvons dire que nous n'avons jamais moins de 5 ou 6 enfants à examiner ce qui fait au moins 250 consultations par an. Les résultats ne sont donc pas négligeables. Nous avons conscience d'avoir sauvé la vie à plusieurs enfants en ne les perdant pas de vue, et en surveillant régulièrement les oscillations de la courbe de poids. Toute personne étrangère à la profession médicale se ferait difficilement une idée des préjugés de la population ouvrière. Que d'enfants nous avons vu dépérir d'une manière effrayante parce qu'ils étaient trop nourris, que de mères ne sachant pas régler l'alimentation de leur enfant, que d'idées fausses nous avons dû combattre qui auraient pu coûter la vie aux nourrissons !

CONCLUSIONS

Une Maternité comme celle de l'hôpital de Saint-Denis rend de grands services à la population ouvrière. Elle peut être organisée avec de faibles ressources.

Le nombre des admissions ne peut être augmenté avec le nombre actuel des lits, car l'encombrement d'un service d'accouchement présente de gros dangers.

Des améliorations s'imposent. Une organisation permettant de donner aux femmes en couches des bains dans la Maternité même serait absolument nécessaire.

La création d'un service d'isolement serait excellente pour éviter aux accouchées la contagion possible lorsqu'il y a des femmes infectées.

L'absence de décès par infection puerpérale tient à trois causes principales : 1° à ce que les femmes sont examinées et accouchées par une seule et même personne et que le nombre des touchers est réduit au minimum; 2° à l'isole-

ment radical employé dans les infections confirmées; 3° au traitement employé qui a toujours donné les meilleurs résultats.

Les consultations de femmes enceintes et de nourrissons qui sont adjointes à la Maternité sont très utiles et demandent à être perfectionnées.

Vu : le Président de la thèse,

BUDIN

Vu : le Doyen,

DEBOVE

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris

LIARD

Imprimerie Maurice POILLEUX, *264, faub. St-Antoine, Paris. Téléph. 917-33*

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE